

CLAUSULA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD320150570

No obstante lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza, la presente Cláusula Adicional, se regirá por las estipulaciones siguientes:

ARTÍCULO 1º: COBERTURA

La compañía pagará al Asegurado el capital asegurado que se indica en las Condiciones Particulares para esta cláusula adicional en caso de verificarse su Invalidez Total y Permanente Dos Tercios, por causa no excluida, siempre que se cumplan las siguientes condiciones copulativas:

- a) Que la cobertura principal para dicho Asegurado esté vigente,
- b) Que la invalidez Total y permanente dos tercios se produzca antes que el Asegurado cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad, salvo que se estipule otra edad en las Condiciones Particulares de la póliza,
- c) Que la invalidez total y permanente dos tercios sea causada por enfermedad originada o accidente ocurrido durante la vigencia de esta Cláusula Adicional,
- d) Que la patología alegada como invalidante no sea de aquellas excluidas en las Condiciones Generales de la póliza o en el artículo 3º de esta Cláusula Adicional, y
- e) Que haya transcurrido el período de carencia para esta cobertura definido en las Condiciones Particulares.

En caso de que la Compañía Aseguradora aceptare la invalidez permanente dos tercios, cuyo origen recaiga sobre un dictamen de algún organismo previsional, se considerará que la enfermedad que origina la invalidez tiene como fecha de origen la fecha de invalidez que se indique en el primer o único dictamen ejecutoriado del sistema previsional establecido por el D.L. N° 3.500, de 1980. En caso que el asegurado no se encuentre afiliado al sistema previsional recién indicado, la fecha de la invalidez corresponderá a la fecha de la denuncia del siniestro a la Compañía Aseguradora.

Queda expresamente establecido que el pago de la indemnización al Asegurado, por concepto de la presente Cláusula Adicional no producirá la terminación de la cobertura principal para dicho Asegurado ni de las demás Cláusulas Adicionales.

ARTÍCULO 2º: DEFINICIONES

Para los efectos de esta Cláusula Adicional se entiende por:

- a) Invalidez total y permanente dos tercios: La pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de enfermedad, accidente o debilitamiento de las fuerzas físicas o intelectuales, de a lo menos dos tercios (2/3) de la capacidad de trabajo, evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de

invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500 de 1980.

En todo caso, para efectos de esta Cláusula Adicional, siempre se considerará como invalidez total y permanente dos tercios los siguientes casos:

La pérdida total de:

- la visión de ambos ojos, o
- ambos brazos, o
- ambas manos, o
- ambas piernas, o
- ambos pies, o
- una mano y un pie.

b) Accidente: todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.

Se considera como accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas.

No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.

c) Pérdida Total: la separación completa y en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, o también su pérdida funcional absoluta.

d) Pérdida Funcional Absoluta: la ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de funciones o fisiología del o los órganos o miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.

e) Miembro: largos apéndices anexos al tronco, destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión.

f) Órgano: entidad anatómicamente independiente y siempre específica.

g) Carencia: Es un período de tiempo durante el cual se pagan primas pero el Asegurado no recibe la cobertura prevista en esta Cláusula Adicional. Se extiende desde la fecha de inicio de la vigencia de la Cláusula Adicional hasta una fecha posterior determinada y especificada en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 3º: EXCLUSIONES

Además de las exclusiones señaladas en el artículo 5º de las Condiciones Generales de la póliza principal, la presente Cláusula Adicional excluye de su cobertura la invalidez permanente dos tercios de un Asegurado que ocurra a consecuencia de:

a) Intento de suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al asegurado por si mismo o por terceros con su consentimiento.

b) La conducción de cualquier vehículo por parte del asegurado, encontrándose éste en estado de ebriedad, conforme a los límites establecidos en la normativa vigente a la fecha del siniestro. Dicha circunstancia se acreditará mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.

c) Situaciones, dolencias o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales cualquiera enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al Asegurado y que haya sido conocido o diagnosticado con anterioridad a la fecha de la contratación de la cobertura de esta Cláusula Adicional.

Asimismo, son aplicables las exclusiones establecidas en la póliza principal.

ARTÍCULO 4º: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA

La Compañía cubrirá la invalidez total y permanente dos tercios que afecte al asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o deportes riesgosos excluidos en las Condiciones Generales de la póliza principal, cuando estos hayan sido declarados por el Asegurado y aceptados por la Compañía Aseguradora con el pago de la sobreprima respectiva, si es del caso, dejándose constancia de ello en las Condiciones Particulares de la póliza y en el correspondiente Certificado de Cobertura, que se entiende formar parte integrante de la póliza.

ARTÍCULO 5º: BENEFICIARIOS

En conformidad al artículo 1º de esta Cláusula, el beneficiario será el Asegurado de la Póliza individualizado en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 6º: PRIMAS

La prima correspondiente a la cobertura de que da cuenta esta Cláusula Adicional se estipula en las Condiciones Particulares de la póliza.

La Compañía Aseguradora tendrá derecho, en cada aniversario del seguro principal, a modificar la prima correspondiente a esta cobertura adicional, de acuerdo a la tarifa vigente en esa fecha. En todo caso la compañía informará al contratante de la póliza de esta modificación con una anticipación de sesenta (60) días a la fecha antes referida, teniendo el derecho el contratante de la póliza a aceptar la modificación o renunciar a esta cobertura adicional, lo cual deberá informar a la compañía en un plazo de treinta (30) días contado desde la recepción de la comunicación de ésta. Si el contratante de la póliza así no lo hiciere, se entenderá que acepta la modificación de la prima propuesta por la Compañía Aseguradora correspondiente a esta cobertura adicional.

ARTÍCULO 7º: DENUNCIA DE SINIESTROS

Producida la invalidez total y permanente dos tercios del Asegurado, cualquier persona deberá informarlo por escrito a la Compañía Aseguradora o al Contratante, dentro del plazo establecido para ello en las Condiciones Particulares

Será obligación del Asegurado, proporcionar a la Compañía Aseguradora todos los antecedentes médicos y

exámenes que obren en su poder, autorizar a la Compañía Aseguradora para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos posean, y dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía Aseguradora solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad de la invalidez total y permanente dos tercios. El costo de éstos será de cargo de la Compañía Aseguradora.

ARTÍCULO 8º: DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

La Compañía Aseguradora determinará en un plazo máximo de treinta (30) días, contado desde la recepción por parte de ella de la última información y documentación requerida, si se ha producido la invalidez permanente dos tercios de un asegurado, evaluada conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500 de 1980.

En caso de que la Compañía Aseguradora determine el rechazo de la indemnización por no producirse la invalidez total y permanente dos tercios, el Asegurado dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a dicha comunicación podrá requerir que la invalidez permanente dos tercios sea evaluada por una Junta Médica, compuesta por tres médicos cirujanos, elegidos por el asegurado, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Compañía Aseguradora, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un año como miembros titulares de las Comisiones Médicas Regionales o de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones.

La Junta Médica evaluará la invalidez permanente dos tercios del Asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido conforme a los conceptos descritos en esta Cláusula Adicional y a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500 de 1980, determinando a su vez la fecha en que se produjo dicha invalidez permanente dos tercios, a partir de la cual procederá el pago de la indemnización por parte de la Compañía Aseguradora.

La Junta Médica podrá someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el Asegurado y la Compañía Aseguradora, y será libre y soberana para determinar -conforme a las normas antes señaladas- el grado de invalidez que afecta al asegurado, con prescindencia de cualquier certificado, dictamen, declaración o diagnóstico que exista sobre el particular.

La declaración de invalidez del asegurado de algún organismo previsional o legal, será tomada en consideración por la compañía aseguradora y por la Junta Médica, al evaluar el siniestro, pero no tendrá carácter vinculante.

Durante el período de evaluación, y mientras no proceda al pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la compañía aseguradora, no cesa la obligación del asegurado de pagar las primas en los términos detallados en las condiciones particulares de la póliza.

ARTÍCULO 9º: DETERMINACION DE LA FECHA PARA HACER EFECTIVO EL BENEFICIO

En caso de que la Compañía Aseguradora aceptare la invalidez total y permanente dos tercios, cuyo origen recaiga sobre un dictamen de algún organismo previsional, la fecha que se utilizará para la aplicación del beneficio y pago de las respectivas indemnizaciones, será aquella que corresponda a la fecha de invalidez que se indique en el primer o único dictamen ejecutoriado del sistema previsional establecido por el D.L. N° 3.500, de 1980. En caso que el asegurado no se encuentre afiliado al sistema previsional recién indicado, la fecha de la invalidez corresponderá a la fecha de la denuncia del siniestro a la Compañía Aseguradora.